

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ANDRÉ JOSSET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 24 Avril 1897

SPHACÈLE DES PAUPIÈRES

A LA SUITE DE

PHLEGMON STREPTOCOCCIQUE

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1927

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ANDRÉ JOSSET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 24 Avril 1897

SPHACÈLE DES PAUPIÈRES

A LA SUITE DE

PHLEGMON STREPTOCOCCIQUE

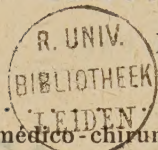
Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1927



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIERE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	HOVELACQUE.	Anatomie.
AUBERTIN	Pathologie médicale	JOYEUX	Parasitologie.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgi- cale.
BINET	Physiologie.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale	LIAN	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CLERC	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale
DEBRÉ	Hygiène.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	MULON	Histologie
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils.	Physiologie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique
FOIX	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VELTER	Ophtalmologie.
HARVIER	Pathologie médicale.		
HEITZ-BOYER	Urologie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.	RETTERER	Histologie
GUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	RIBIERRE. . . .	Clinique médicale.
LEREBoullet. . .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
		VILLARET. . . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*En témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TERRIEN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

M. LE PROFESSEUR FERNAND WIDAL

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY

M. LE DOCTEUR POULARD

M. LE DOCTEUR FOURNIER

M. LE DOCTEUR CHIFOLIAU

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour la grande bonté qu'il m'a toujours témoignée et les bienveillants encouragements qu'il m'a prodigués au cours de mes études.

Avant-Propos

Avant d'entreprendre ce travail, je veux exprimer ma gratitude à mes maîtres dans les Hôpitaux et plus particulièrement à M. le Docteur Poulard qui m'a fait l'honneur de m'accueillir dans son service comme Externe et fut mon premier maître en ophtalmologie. Je tiens à lui exprimer ici toute ma reconnaissance pour sa bienveillance à mon égard et l'obligeance qu'il m'a montrée en m'inspirant ce sujet de thèse.

A M. le Docteur Lavat, assistant du service d'Ophtalmologie des Enfants Malades, j'adresse également mes vifs remerciements pour ses précieux et amicaux conseils.

Introduction

Nous nous proposons d'étudier, dans cette thèse, une forme assez rare de phlegmons de la paupière, s'accompagnant de sphacèle et d'une destruction plus ou moins étendue des téguments palpébraux.

Ces phlegmons résultent d'une infection par le streptocoque.

La destruction de la peau des paupières, quand elle est étendue, produit une rétraction, une déformation palpébrale qui nécessite la réfection chirurgicale.

Par son étiologie précise, par son aspect clinique spécial, par ses complications destructives et par le traitement chirurgical qu'elle rend parfois indispensable, cette forme de phlegmon mérite bien l'étude particulière que nous allons lui consacrer.

Etude clinique

Le phlegmon se développe habituellement dans une seule paupière ; quelquefois, cependant, il peut atteindre deux paupières en même temps.

La région palpébrale en cause se tuméfie, rougit, devient douloureuse en quelques heures. Puis très rapidement, en un ou deux jours, les symptômes locaux s'aggravent. L'œdème devient considérable et s'étend aux régions voisines, arcades sourcilières, joue ; la douleur est vive ; la paupière prend une teinte rouge-violacé. Au-dessous de ce volumineux œdème, l'œil reste intact.

En même temps que se montrent les premiers signes locaux, apparaissent des symptômes généraux, souvent accentués ; des frissons, de l'inappétence, et une fièvre de degré variable.

Dès le troisième jour on voit se former en un point du tégument palpébral une zone plus pâle, de teinte grisâtre, d'aspect sale, indiquant la localisation de début du sphacèle.

Les symptômes locaux s'accroissent encore : s'il s'agit de la paupière supérieure, elle recouvre complètement le globe et la paupière inférieure en ca-

pote de cabriolet ; si l'inférieure est en cause, elle forme un bourrelet énorme, étalé jusqu'à l'apophyse malaire. Dans les deux cas, l'œdème s'étale à la joue qui est gonflée, d'un rose pâle. La palpation, douloureuse, donne une sensation de résistance élastique. Le ganglion auriculaire du côté malade est gros et sensible. Parallèlement, les signes généraux sont ceux d'une infection avec réaction assez importante : température aux environs de 39° , pouls plein, accéléré, oligurie, céphalée, insomnie.

Alors le phlegmon s'ouvre, laissant écouler du pus en quantité modérée, pus jaunâtre, non fétide, dans lequel on trouve le streptocoque (Voir p. 19). L'intensité de la réaction locale diminue, les signes généraux s'atténuent, la température baisse ou revient à la normale. Mais après l'ouverture on voit se poursuivre l'évolution du sphacèle. La plaque de nécrose, d'abord arrondie, s'étend peu à peu ; il se forme une surface ulcérée à fond blanchâtre et suintant, avec des bords irréguliers et décollés ; puis le sphacèle gagne en profondeur comme en étendue, il envahit progressivement la paupière qui peut subir une destruction totale dans certains cas (fig. 2). Il s'est fait une ulcération large, allongée, s'étendant parfois d'une extrémité à l'autre de la paupière.

Dans les jours ou les semaines qui suivent la phase active du phlegmon, la région nécrosée bourgeonne, s'exhausse, se comble avec lenteur.

Mais la plupart du temps une partie du tégument est détruite, ce qui entraîne souvent un déplacement en ectropion du bord palpébral. Dans certains cas même, la peau de la paupière a fondu en totalité. Dans aucune de nos observations nous n'avons observé la destruction des parties profondes des paupières : le processus de nécrose s'est toujours limité aux téguments. Le sphacèle s'étendait plus ou moins en surface, sans affecter la couche musculaire.

L'ouverture chirurgicale du phlegmon en raccourcit la durée, mais ne prévient pas toujours le sphacèle qui se produit souvent très vite après le début de la réaction.

La réparation des tissus sphacelés se fait, comme nous l'avons vu, assez lentement. La plaie se rétrécit progressivement. Toutefois, à mesure qu'elle devient plus étroite, le bord palpébral remonte et se retourne en ectropion.

Observations

OBSERVATION I

Jacques L..., 3 ans.

Vient consulter le 22 juillet 1926.

Début le 21 juillet au soir par léger œdème de la paupière supérieure droite avec un point pâle à sa partie externe. Pendant la nuit, la paupière gonfle rapidement ; il n'y aurait eu, selon la mère, que peu de température.

A l'examen : tuméfaction palpébrale considérable, rouge-violacé, couvrant complètement l'œil droit et la paupière inférieure. La tuméfaction intéresse la joue droite jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'apophyse malaire. Le ganglion auriculaire droit est gros, empâté, légèrement douloureux.

Pas de lésions cornéennes. Légère réaction conjonctivale.

L'enfant est incisé le matin même. Il s'échappe du pus en quantité faible.

Le frottis fait immédiatement, montre du streptocoque sous forme de cocci en diplocoques et en chaînettes, prenant le Gram.

L'ensemencement sur gélose donne de petites colonies grises et arrondies.

Le repiquage sur bouillon produit un dépôt flocon-

neux au fond du tube, formé par des streptocoques en chaînettes longues.

En 24 heures, le point blanchâtre s'est transformé en une zone de sphacèle arrondie aux bords irréguliers. L'ulcération s'étend rapidement, elle a déjà la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

En 48 heures, sphacèle complet de la paupière intéressée, sauf une étroite bande saine à l'angle interne.

L'enfant vient au pansement pendant un mois.

Traité à la pommade jaune.

La région sphacélée se répare lentement. Au bout d'un mois la plaie est presque cicatrisée. Mais il y a rétraction : l'occlusion est incomplète, l'œil ne se ferme qu'à demi.

Revient consulter le 7 janvier 1927. La rétraction est moins marquée. On note une cicatrice étroite et allongée allant d'un angle à l'autre. La paupière supérieure est encore rétractée à sa partie moyenne ; cependant l'enfant parvient à la fermer presque complètement.

OBSERVATION II

Pierre C..., 30 ans, terrassier.

Entré le 26 novembre 1926 pour tuméfaction considérable de la paupière.

Bonne santé générale sauf une pleurésie en 1925 et un alcoolisme habituel (5 l. de vin par jour).

Début le 22 novembre au réveil par fièvre, céphalée, frissons violents.

Le 23, mêmes symptômes avec vomissements le matin. Dans l'après-midi, le malade remarque un début de



FIG. 1
Sphacèle partiel de l'angle interne

ment au bout de quelques jours, les symptômes ont disparu.

En 1914, le malade a été atteint d'une pleurésie avec effusion de pus, qui a été évacuée par ponction. L'opération a été suivie d'une guérison complète.

En 1915, le malade a été atteint d'une pleurésie avec effusion de pus, qui a été évacuée par ponction.

L'enfant a guéri complètement en un mois.

Traité à la pommade jaune.

La région sphaculée se répare lentement. Au bout d'un mois la plaie est presque cicatrisée. Mais il y a rétraction : l'occlusion est incomplète. L'œil ne se ferme qu'à demi.

Revient consulter le 7 février 1921. La plaie est moins marquée. On note une cicatrice étendue à l'angle allant d'un angle à l'autre. La plaie est encore rétractée à ce point que l'enfant ne peut fermer l'œil complètement.

Pierre C., 36 ans, français.

Entré le 26 novembre 1924 pour l'opération consécutive de la pleurésie.

Bonne santé générale, mais une pleurésie en 1925 et un alcoolisme habituel (1/2 de vin par jour).

Début le 22 novembre au soir par fièvre, céphalée, frissons violents.

Le 23 mêmes symptômes avec vomissements le matin. Dans l'après-midi, le malade remarque un début de

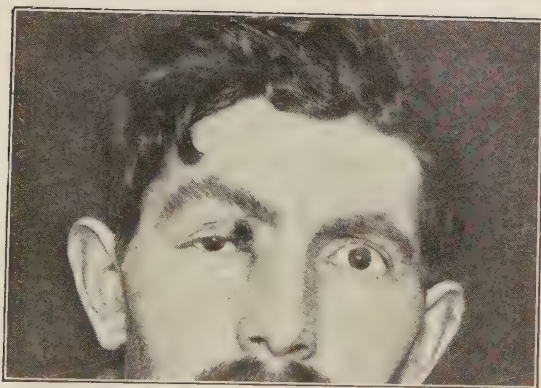


FIG. 1
Sphacèle partiel de l'angle interne

tuméfaction à la racine du nez et dans la région fronto-malaire.

Le 24, il s'aperçoit que sa paupière supérieure droite commence à gonfler. Vers le soir, l'œil est entièrement fermé par la tuméfaction palpébrale. Les signes généraux persistent avec céphalée violente, oligurie. Il y eut en même temps une épistaxis peu abondante mêlée d'un peu de pus.

Entre à l'hôpital le 26 décembre.

Température : 38°5.

Interrogé, déclare n'avoir rien présenté d'anormal à la paupière avant l'apparition de l'œdème : pas de piqure accidentelle, d'érosion, d'orgelet.

A l'examen : œdème inflammatoire de la paupière supérieure droite, s'étendant jusqu'à la région sourcilière et la joue. L'œdème palpébral est rouge, tendu, vernissé ; l'œdème jugal blanc et résistant. A l'angle interne de la paupière, ulcération arrondie d'environ 5^{mm}. de diamètre, d'aspect blanchâtre. Rien à la cornée. Pas de conjonctivite ni de réaction sclérale.

Adénopathie auriculaire légèrement douloureuse.

Pas de points douloureux osseux.

Pas de larmoiement antérieur.

Examen général normal. Pas de signes de spécificité. Urines normales.

Au frottis : cocci en diplocoque et en chaînettes au milieu de cellules de pus.

L'ensemencement sur gélose donne des colonies opaques non confluentes, toutes du même type et contenant des cocci en chaînettes prenant le Gram.

Repiqué sur bouillon, il le laisse clair dans sa partie supérieure et forme au fond du tube un dépôt dans lequel on trouve de longues chaînettes de streptocoques.

L'inoculation au cobaye ne donne pas de résultat.

Le 27, incision de la paupière supérieure vers l'angle

interne par M. Poulard, 1° Au niveau du rebord orbitaire supérieur, qui ne donne pas de pus ; 2° Sur la région sphacélée, qui donne issue à un peu de pus mal lié, jaunâtre, non fétide.

Radiographie : négative au point de vue des lésions osseuses.

Examen oto-rhino-laryngologique :

« La narine gauche est un peu infectée et porte les traces d'une épistaxis récente. Pas de pus dans le méat moyen. Eclairage des sinus gauches normal. — La narine droite paraît propre et il n'y a pas de pus dans le méat moyen. L'éclairage du sinus frontal droit est impossible à cause de la tuméfaction des paupières. Le sinus maxillaire droit s'éclaire moins que le gauche ; mais en raison de la tuméfaction en cause, les résultats sont sans doute faussés. De plus, impossible de rechercher s'il y a transillumination pupillaire ou non. — En somme, le sinus maxillaire droit paraît être en cause, mais les lésions ne semblent pas marquées ».

30 novembre. OEdème en voie de diminution. La fièvre est tombée. L'œdème jugal a presque entièrement disparu. L'ulcération à l'angle interne, toujours de forme arrondie, a augmenté depuis le 26, et mesure environ 1 cm. de diamètre. Fond grisâtre, suintant, un peu purulent ; bords déchiquetés et violacés.

1^{er} décembre. Ulcération stationnaire. La masse grise centrale semble en voie d'amélioration. Pas de température.

2 décembre. Amélioration plus nette. Les bords sont plus réguliers, le fond s'exhausse, la coloration tend vers le rose-blanc. Photographie.

6 décembre. L'ensemble de l'ulcération tend à se cicatiser. Encore une petite masse de sphacèle au fond.

8 décembre. Sortie. La cicatrisation est satisfaisante. Mais quoique le sphacèle soit resté localisé, il y a une



FIG. 2

Sphacèle complet de la paupière inférieure

interne par M. Poulard, 1°. Au niveau du rebord orbitaire supérieur, qui ne donne pas de pus ; 2° Sur la région sphacélée, qui donne issue à un peu de pus mal lié, jaunâtre, non fétide.

Radiographie : négative au point de vue des lésions osseuses.

Examen oto-rhino-laryngologique :

La narine gauche est un peu infectée et porte les traces d'une épistaxis récente. Pas de pus dans le méat moyen. Eclairage des sinus gauches normal. — La narine droite paraît propre et il n'y a pas de pus dans le méat moyen. L'éclairage du sinus frontal droit est impossible à cause de la tuméfaction des paupières. Le sinus maxillaire droit s'éclaire moins que le gauche ; mais en raison de la tuméfaction en cause, les résultats sont sans doute faussés. De plus, impossible de rechercher s'il y a transillumination pupillaire ou non. — En somme, le sinus maxillaire droit paraît être en cause, mais les lésions ne semblent pas marquées ».

30 novembre. Œdème en voie de diminution. La fièvre est tombée. L'œdème jugal a presque entièrement disparu. L'ulcération à l'angle interne, toujours de forme arrondie, a augmenté depuis le 26, et mesure environ 1 cm. de diamètre. Fond grisâtre, suintant, un peu purulent ; bords déchiquetés et violacés.

1^{er} décembre. Ulcération stationnaire. La masse grise centrale semble en voie d'amélioration. Pas de température.

2^e décembre. Amélioration plus nette. Les bords sont plus réguliers, le fond s'exhausse, la coloration tend vers le rose-blanc. Photographie.

6 décembre. L'ensemble de l'ulcération tend à se cicatiser. Encore une petite masse de sphacèle au fond.

8 décembre. Sortie. La cicatrisation est satisfaisante. Mais quoique le sphacèle soit resté localisé, il y a une



FIG. 2
Sphacèle complet de la paupière inférieure

rétraction assez sensible, et le malade n'arrive pas à clore entièrement sa paupière.

OBSERVATION III (*résumée*)

M. M..., 32 ans.

Se présente avec un phlegmon volumineux des deux paupières inférieures, sans qu'on ait pu en déterminer l'origine.

Réaction générale modérée, température 38°.

Le lendemain, les paupières sont tuméfiées au point qu'il est impossible au malade d'ouvrir les yeux.

Sur la paupière rouge et oedématiée, on note à la partie moyenne, une zone plus pâle, grisâtre, de tissu en voie de sphacèle.

Le surlendemain dans la matinée, ouverture spontanée de l'un des phlegmons, et le soir ouverture spontanée du second.

Les phénomènes réactionnels diminuent rapidement et la guérison se fait en quelques jours. Une partie du tégument palpébral nécrosé est éliminée.

La perte de substance peu accentuée rétrécit la peau et exerce une légère traction sur le bord palpébral, mais sans déterminer un véritable ectropion (Planche 1).

OBSERVATION IV (*résumée*)

L'enfant Ph..., 12 ans.

Phlegmon streptococcique de la paupière inférieure gauche se présentant avec les symptômes habituels.

Tuméfaction considérable empêchant l'ouverture de la fente palpébrale, mais réaction générale modérée.

L'ouverture du phlegmon ne peut être faite qu'après quatre jours. Dans le pus qui s'échappe on trouve le streptocoque pur.

La peau est sphacélée dans une très grande étendue ; il ne reste, pour ainsi dire, plus de tégument palpébral (Fig. 2).

La cicatrisation se fait en produisant un renversement complet de la paupière en ectropion.

Deux mois après la guérison, une autoplastie pédiculée à lambeau jugal remet la paupière en place.

En dehors des cas précédents recueillis dans le service des Enfants-Malades, il nous a été possible de réunir deux observations de M. Morax (*Bulletin de la Société d'Ophthalmologie de Paris*, Tome XV, p. 15, 1902), dont la publication fut inspirée par la lecture d'une observation de MM. Roger et Weil (*Presse Médicale*, sept. 1901, p. 157) relatant un cas de « gangrène bénigne des paupières », suivie d'ectropion très léger de l'angle externe.

Voici ces deux observations.

OBSERVATION V (*résumée*)

Enfant âgé de 9 mois.

Début de coqueluche vers le 1^{er} septembre.

Le 21 septembre, accidents fébriles graves avec convulsions.

Le même jour, considérable œdème bilatéral des paupières.

Le 24 septembre, perforation du côté droit, suivie de l'écoulement d'une petite quantité de pus.

Le 25, la tuméfaction des deux paupières du côté gauche n'est pas modifiée ; à droite, apparition de vastes ulcérations bordées de zones de tissu noires et sèches, festonnées ; il y a en même temps œdème lymphagitique de la région frontale droite. Température non prise, mais état général indiquant un mouvement fébrile très marqué.

Les 26 et 27, état stationnaire.

Le 28, incision au niveau des deux paupières droites, parallèlement à leur bord libre : issue d'un pus jaunâtre, non fétide, en assez grande quantité.

Le 29, incision d'une collection suppurée frontale gauche : pus jaunâtre non fétide. Pansement bilatéral.

Le 1^{er} octobre, les ulcérations du côté droit sont en voie de réparation rapide.

Le 29 décembre, réparation presque parfaite, sans lésions cicatricielles. Il y a cependant un peu de lagophthalmos de l'œil droit, dû à la rétraction de la paupière inférieure.

L'examen bactériologique, pratiqué à la période de suppuration, montre des diplocoques ou de courtes chaînettes d'un coccus prenant le Gram.

L'ensemencement sur gélose donne de petites colonies grises arrondies. Ces colonies repiquées en bouillon produisent un dépôt floconneux dans le fond du tube, formé par de longues chaînes de streptocoques.

Inoculation au lapin : mort cachectique en trois semaines.

OBSERVATION VI (résumée)

M. B..., 44 ans, journalier.

Vient consulter le 26 août 1901.

Début depuis 4 ou 5 jours au plus. Vers le 20 ou 22 août il a constaté, au réveil, un gonflement palpébral à droite, avec signes généraux : température, frissons, inappétence, insomnie. La tuméfaction augmente jusqu'au 26.

A l'examen, œdème inflammatoire considérable des paupières et de la moitié de la joue, à droite. Sur la paupière supérieure se trouvent quatre orifices, à la partie moyenne, d'où s'écoule un peu de pus mêlé de débris sphacelés. Les bords des ulcérations sont assez irréguliers. A la paupière inférieure, il y a également deux points de nécrose dans le tiers externe de la partie moyenne. Pas d'engorgement des ganglions pré-auriculaires ou cervicaux. Pouls à 88°, température seulement à 37°,8, un peu d'abattement.

Une incision horizontale est faite à la partie moyenne des deux paupières droites.

Prélèvement de pus.

Dès le lendemain, la tuméfaction a beaucoup diminué.

Les jours suivants, la réparation s'effectue vite et bien.

Le 2 septembre, cicatrisation complète sans déformation palpébrale.

Le frottis du pus prélevé montre des cocci groupés en diplocoques ou en chaînettes et prenant le Gram.

Ensemencement après 24 heures d'étuve : on note un grand nombre de petites colonies blanchâtres constituées par des cocci en chaînettes prenant le Gram.

Repiqué en bouillon, ce streptocoque se développe

abondamment en formant un dépôt floconneux dans le fond du tube.

Inoculation : cachexie et mort du lapin en 15 jours.

Il s'agissait donc, comme dans les cas recueillis aux Enfants-Malades, de sphacèle palpébral consécutif à une infection streptococcique. Nous avons pu, en outre, réunir quelques autres cas publiés précédemment.

Deux d'entre eux le furent par Gallenga, sous le titre d' « Abscess phlegmoneux des paupières pendant la saison estivale de 1904 » (1), où l'infection streptococcique s'était accompagnée d'eczéma impétigineux du visage.

Pes publica, également (2), dans une communication « Sur les phlegmons aigus gangréneux des paupières », trois cas de sphacèle palpébral dans l'un desquels on trouve le streptocoque.

Enfin, Eppenstein fit connaître « quelques observations de nécrose palpébrale » (3) dont l'un était dû au streptocoque, tandis que l'autre présentait une tarsite syphilitique sur laquelle s'était greffée une infection à staphylocoques dorés. Voici l'observation qui nous intéresse : (résumée dans l'ouvrage ci-dessus).

Vieille femme présentant une cachexie d'origine inconnue. Le sphacèle est localisé au bord libre de la paupière supérieure gauche.

(1) *Arch. d'Ophth.* 1925, t. 25, p. 188.

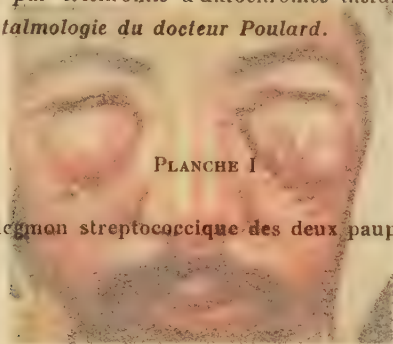
(2) *Arch. d'Ophth.*, t. 27 p. 185, 1907.

(3) *La Clinique d'Ophtalmologie* 1916, t. VII, p. 61.

Après avoir débuté à la face muqueuse, il gagne rapidement la face cutanée.

Au point de vue bactériologique, présence de streptocoques.

*Reproduction par trichromie d'autochromes instantanés pris dans
le service d'ophtalmologie du docteur Poulard.*



Phlegmon streptococcique des deux paupières

FIG. 1

Après avoir débuté à la face muqueuse, il gagne rapidement la face cutanée.

Au point de vue bactériologique, présence de streptocoques.

Reproduction par trichomie d'autochromes instantanés pris dans
le service d'ophtalmologie du docteur Ponsard.

PLANCHE I

Phtéum streptococcique des deux paupières



FIG. 1

Diagnostic

Le diagnostic des phlegmons streptococciques suivis de sphacèle se fera avec les œdèmes de la paupière s'accompagnant d'ulcération.

Dans les premières heures, lorsque le sphacèle n'est pas encore constitué ou l'est à peine, il sera nécessaire de diagnostiquer le phlegmon en éliminant :

1° Le simple orgelet ou le furoncle qui se compliquent quelquefois de phlegmon. Dans le cas de l'orgelet, il y aura en un point très localisé du bord ciliaire où, pendant quelques jours, se sera manifesté un peu d'œdème rouge ou rose, douloureux à la pression. Le foyer purulent s'ouvre spontanément et expulse son bourbillon. Quelquefois la réaction palpébrale est très vive (surtout dans les orgelets de l'angle externe) avec chemosis considérable, œil clos, sécrétion conjonctivale. Les furoncles du sourcil peuvent causer également un œdème marqué.

2° La meibomite suppurée donne une tuméfaction inflammatoire de la paupière souvent vive.

Mais on peut localiser le foyer d'infection dans l'épaisseur du tarse. On peut même le voir par sa face conjonctivale en retournant la paupière.

3° Les chalazions enflammés ont été précédés les signes du chalazion pendant une période en général assez longue pour empêcher toute erreur.

4° Le phlegmon du sac lacrymal : mais il y aura eu auparavant du larmolement ; les voies lacrymales sont imperméables ; une douleur marquée, à la pression, existe au niveau du sac. La tuméfaction a un aspect tout différent.

5° L'ostéo-périostite du rebord orbitaire peut ressembler beaucoup au phlegmon palpébral ; mais à l'exploration du rebord orbitaire, on trouve une tuméfaction localisée, douloureuse à la pression. Les téguments de la paupière ne sont pas intéressés au même degré, du moins au début. La paupière n'est prise qu'en second lieu par propagation.

6° Les gommes syphilitiques. Elles débutent comme un chalazion. D'une consistance d'abord ferme, elles se ramollissent, constituent des ulcérations le plus souvent rondes, aux bords nettement découpés, qui se cicatrisent en entraînant un ectropion cicatriciel en rapport avec l'étendue de la destruction tissulaire. En outre, il y a des signes concomitants de lésions spécifiques générales ou oculaires, héréditaires ou acquises. L'examen du reste du corps pourra en révéler les stigmates. En tout

cas, la maladie n'a pas l'évolution aiguë et fébrile du phlegmon ; ses symptômes réactionnels sont beaucoup moins vifs et l'évolution bien plus lente.

7° Le phlegmon de l'orbite. Il peut être dû à une inoculation directe (blessure, piqure pénétrante) ou à une suppuration de voisinage, touchant soit l'œil lui-même (kératite à hypopion, ophtalmie blennorragique, panophtalmie) soit ses annexes (abcès du sac et de la glande lacrymale, dacryoadénite phlegmoneuse), ou encore à des fractures ouvertes et compliquées de la région, à des infections d'origine dentaire, à des sinusites. En second lieu, le phlegmon de l'orbite peut avoir une cause générale par localisation infectieuse : érysipèle, variole, furoncle et anthrax des lèvres, des ailes du nez. Il se manifeste d'abord par des signes prodromiques généraux, puis par trois signes importants : l'exophtalmie avec bourrelet périphérique, l'inflammation des paupières, le chemosis. L'œil est déplacé, refoulé en avant, plus ou moins immobilisé.

8° La thrombo-phlébite orbitaire. Soit de nature métastatique au cours d'une infection générale (localisation au sinus caverneux et aux veines ophtalmiques) soit causée par une inflammation de voisinage (face surtout, puis organes intra-craniens). A la période d'état, il y a œdème des deux paupières d'un côté, envahissant très vite les parties voisines ; à cet œdème succède une inflammation palpébrale qui s'étend au front, à la tempe, avec des

cordons veineux durs et bleuâtres. Il y a également chemosis. L'exophtalmie est constante. Puis la thrombose devient bilatérale en une nuit ou même en quelques heures, avec double chemosis, exophtalmie, oedème des paupières, ces symptômes étant toujours accompagnés de phénomènes cérébraux marquant l'extension d'un œil à l'autre. La gravité des symptômes généraux et l'exophtalmie sont des signes plus que suffisants pour établir la distinction avec le phlegmon streptococcique.

9° L'érysipèle commence par la paupière ou l'envahit secondairement, à la suite d'un érysipèle facial. Son début impressionnant après une incubation de 3 à 7 jours, les caractères de la plaque érysipélateuse avec sa couleur framboise ou écarlate et son bourrelet caractéristique, l'état général beaucoup plus atteint que dans le phlegmon, permettent d'en faire le diagnostic aisément. Mais l'érysipèle peut suppurier, et à ce moment ressembler à notre phlegmon streptococcique, puisque le même germe est à l'origine du mal. Mais la suppuration a été précédée d'une période très différente de celle qui caractérise le début du phlegmon.

10° Nous devons surtout différencier celui-ci de la pustule maligne et de l'oedème malin. La pustule, due à l'inoculation de la bactérie charbonneuse, débute sur la paupière par une vésicule à laquelle succède une escharre noire et indurée, entourée d'une couronne de vésicules contenant un

liquide louche, puis séreux (aréole vésiculaire de Chaussier). Puis l'œdème palpébral devient énorme, et à la dernière période l'escharre se détache des tissus gangrenés sous-jacents, tandis que l'intoxication générale est à son paroxysme avec température élevée, insomnie, vertiges, et possibilité de complications viscérales métastatiques : adénites, endocardites, broncho-pneumonie, hémorragies méningées. Quant à l'œdème malin, autre manifestation de la maladie charbonneuse, il est caractérisé d'abord par un œdème de la paupière identique au précédent ; mais l'extension de cet œdème jaunâtre ou violacé est beaucoup plus rapide et considérable que celui de la pustule maligne. Il peut même descendre jusqu'à l'ombilic. Les paupières, la face et le cou sont extrêmement tuméfiés, les signes d'intoxication intenses.

11° Enfin, nous dirons quelques mots d'une affection palpébrale assez rare, qui est l'œdème aigu récidivant de la paupière. Son début est brusque, son développement rapide. L'œdème atteint son maximum au bout de quelques heures, il persiste ainsi environ 48 heures pour décroître progressivement, jusqu'à ce qu'enfin, le 4^e jour, la paupière ait repris son volume normal. D'après la thèse de L. Ferron (Paris, 1902), cet œdème aigu, surtout fréquent chez les jeunes sujets, se rencontre le plus fréquemment « chez les névropathes, les rhumatisants ou les gouteux, et peut se ranger parmi les

manifestations nombreuses de la diathèse arthritique ». Brunetière (Arch. d'Opht., Tome 32, p. 384) pense que l'étiologie de cette affection comporte aussi un facteur intoxication : soit exogène (alimentaire ou médicamenteux) soit plus souvent endogène, par une auto-intoxication qui est elle-même sous la dépendance de troubles gastro-intestinaux.

Lorsque le sphacèle de la paupière est constitué, il convient de le différencier des ulcérations de différente nature qui peuvent accompagner un œdème palpébral.

A côté des sphacèles d'origine streptococcique, il existe des ulcérations où le staphylocoque joue le premier rôle. A cette catégorie appartiennent les cas rapportés par Gallenga, où sur 12 phlegmons palpébraux on trouva 10 fois le staphylocoque pyogène blanc ou doré ; par Pes, qui en publia trois : le premier dont nous avons fait mention ci-dessus, d'origine streptococcique ; le second, dû à une morsure de chien, où l'on découvrit le staphylocoque doré ; le troisième qui se termina par une septicémie mortelle, et où l'examen bactériologique fut négatif. Enfin, un cas publié par MM. Terrien et Castéran (Soc. d'Ophtalmologie de Paris, juin 1926) d'ulcérations staphylococciques symétriques des paupières inférieures. Toute une série de pustules confluentes occupaient la face externe de celles-ci, rouges et enflammées. Ces pustules confluentes créaient de la sorte une vaste ulcération centrale à

fond rouge, d'où s'écoulait un suintement continu de liquide jaunâtre. Il y avait en même temps un état général assez touché avec température à 39°S. On nota une amélioration des signes généraux et locaux après 3 injections de sérum polyvalent. Un prélèvement de pus fit découvrir le microbe en cause, le staphylocoque doré. Dans ces conditions, le diagnostic sera surtout une question de laboratoire. Il en est de même pour les cas de gangrène palpébrale par bacille diphtérique, qui sont plus rares encore.

Le diabète, dans ses formes graves, peut aussi produire des phénomènes de gangrène des paupières (Bratonojitch, thèse de Lyon, 1924), qui peut être primitive ou secondaire à une lésion suppurative. Au point de vue clinique, il s'agit d'un œdème avec plaque de gangrène reposant sur un fond plus ou moins purulent. L'escharre finit par s'éliminer, laissant une ulcération de surface variable pouvant entraîner de la rétraction cicatricielle et un ectropion.

On peut enfin rencontrer, exceptionnellement d'ailleurs, d'autres sphacèles des paupières qui surviennent dans des conditions tout-à-fait différentes et sous un aspect clinique ne ressemblant en rien au sphacèle streptococcique. A ce groupe appartiennent les nécroses putrides avec anaérobies dont il n'existe en réalité que deux cas dans la littérature : l'un décrit par Morax et Veillon (une périécystite lacrymale gangréneuse avec streptocoques et

deux microbes anaérobies), l'autre rapporté par Römer chez un enfant varicelleux où il y eut « une nécrose fétide de la paupière supérieure d'un côté avec élimination d'une énorme escharre ». Après guérison, il persista un léger ectropion, mais l'occlusion des paupières restait possible.

Pronostic

Le pronostic des nécroses tégumentaires palpébrales n'est pas toujours aussi grave qu'on pourrait le supposer. Le phlegmon streptococcique n'a pas par lui-même de gravité ; le plus souvent, malgré l'âge de certains malades, leur état général parfois médiocre et l'importance des lésions locales, il n'y a pas de complications sérieuses. Tout le danger vient de l'existence et de l'étendue du sphacèle cutané. Mais dans la plupart des cas, un sphacèle même important n'entraîne pas fatalement la rétraction de la paupière et l'ectropion ; cependant, il peut arriver que la perte de substance soit telle et entraîne des troubles fonctionnels si marqués, que l'on se trouve obligé de recourir à la réfection chirurgicale de la paupière.

Traitement

Dès qu'on a reconnu l'existence d'un phlegmon palpébral, dès qu'on soupçonne un point de collection purulente, il faut inciser.

C'est le moyen de raccourcir la durée de la maladie; d'en empêcher l'extension de voisinage et aussi de prévenir ou de limiter la destruction du tégument par le sphacèle.

Bien entendu, on peut et on doit appliquer les traitements habituels :

Pansements locaux ;

Sérums et vaccins.

Mais l'évolution du phlegmon est rapide et habituellement on se trouve dans la nécessité d'inciser avant même qu'on ait pu attendre l'effet de la médication par le sérum ou le vaccin.

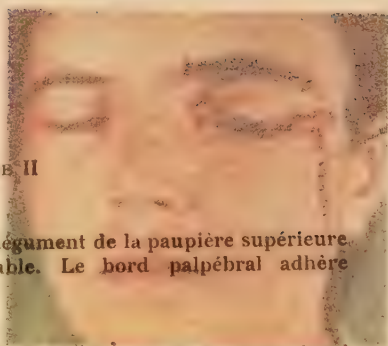
Plus tard, quand l'incision est faite ou que l'ouverture s'est produite spontanément, il suffit de veiller à ce que l'évacuation se fasse bien, et d'aseptiser les régions voisines.

Plus lointainement, enfin, longtemps après la cicatrisation complète, on procède à la réparation



PLANCHE II

N° 1. — Destruction complète du tégument de la paupière supérieure par sphacèle. Ectropion considérable. Le bord palpébral adhère au sourcil.



N° 2. — Réfection de la paupière à l'aide d'un vaste lambeau jugal pédiculé. Deux jours après l'opération, les fils sont en place, le lambeau fournit le tégument palpébral entier, de l'angle interne à l'angle externe, du bord ciliaire au sourcil.

N° 3. — Le lambeau palpébral est repris et travaillé à nouveau, aminci et assoupli, de façon à le transformer en un tissu souple et mobile, analogue à celui des paupières normales. L'opérée quinze jours après la retouche.



Traitement

PLANCHE II

Dès qu'on a reconnu l'existence d'un phlegmon

de la paupière, on doit le traiter comme un phlegmon ordinaire. On commence par appliquer un cataplasme émollient, et l'on incise quand le phlegmon est devenu fluctuant. Le bord palpébral adhère au sphacèle. L'écoulement est purulent. Il faut inciser.

C'est le moyen de raccourcir la durée de la mala-

die. On doit aussi inciser le phlegmon quand il est devenu fluctuant. Deux jours après l'opération, les fils sont en place. Le tambeau est enlevé. On applique un cataplasme émollient. Le bord palpébral adhère au sphacèle. L'écoulement est purulent. Il faut inciser.

ment par le sphacèle.

Bien entendu, on ne doit pas inciser le phlegmon quand il est encore dur. On doit attendre qu'il soit devenu fluctuant. Le tambeau palpébral est repoussé et travaillé à nouveau. On applique un cataplasme émollient. Le bord palpébral adhère au sphacèle. L'écoulement est purulent. Il faut inciser.

Pansements locaux ;

Sérums et vaccins.

Mais l'évolution du phlegmon est rapide et habituellement on se trouve dans la nécessité d'inciser avant même qu'on ait pu attendre l'effet de la médication par le sérum ou le vaccin.

Plus tard, quand l'incision est faite ou que l'ouverture s'est produite spontanément, il suffit de veiller à ce que l'évacuation se fasse bien, et d'aseptiser les régions voisines.

Plus lointainement, enfin, longtemps après la cicatrisation complète, on procède à la réparation

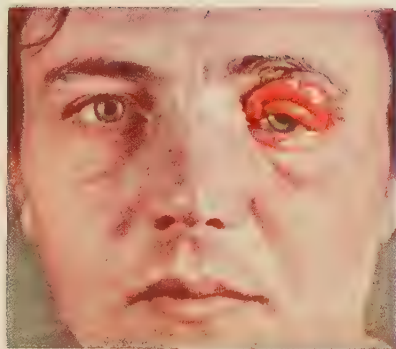


FIG. 1



FIG. 2



FIG. 3

chirurgicale de la paupière, lorsque les mutilations subies ont rendu cette intervention nécessaire.

La meilleure façon de refaire le tégument palpébral et de réduire l'ectropion, c'est de faire une autoplastie à lambeau pédiculé.

Voici là manière de procéder, suivant qu'il s'agit de la paupière supérieure ou de la paupière inférieure.

Paupière supérieure.

Le lambeau pédiculé peut être pris à la tempe ou à la joue. Dans le cas représenté Planche II (1, 2, 3) le lambeau pédiculé est pris à la joue. Il fallait d'ailleurs un lambeau volumineux et les tissus de la tempe, moins élastiques, n'auraient pas permis le prélèvement d'un lambeau si étendu. La brèche du lambeau, en raison de l'élasticité moindre des tissus, eût été difficile à combler. Au contraire, la joue se prête beaucoup mieux au rapprochement des lèvres de la plaie.

Dans un premier temps, on remet le bord palpébral dans sa position normale. Pour cela une incision est faite dans l'étroit espace qui sépare le sourcil du bord palpébral, et est conduite dans toute la longueur du bord de la paupière. Toutes les adhérences sous-jacentes sont incisées et libérées ; le bord palpébral supérieur est déplacé en bas, de façon à se mettre en contact avec le bord palpébral inférieur dans toute sa longueur.

A ce moment, entre le sourcil et le bord palpébral supérieur abaissé, il y a une vaste brèche cruentée, formée par les tissus sous-cutanés de la paupière, ou du moins ce qu'il en reste. C'est cette vaste brèche qu'il va falloir combler dans un second temps, avec de la peau prise dans le voisinage.

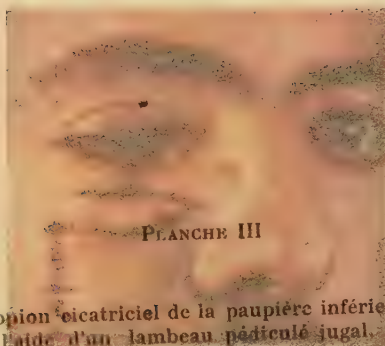
Mais avant de procéder à ce second temps, il est préférable de pratiquer la suture des paupières ou blépharoraphie.

Les paupières supérieure et inférieure avivées sur leur bord libre sont suturées de façon que les surfaces à vif s'appliquent exactement l'une contre l'autre, et restent adhérentes après l'enlèvement des fils. La blépharoraphie n'est pas indispensable ; d'ailleurs elle n'est pas possible quand il n'y a plus de bord palpébral.

Dans le second temps, on prélève le lambeau et on le place dans la brèche palpébrale, on le couche dans le lit cruenté qu'on lui a préparé. On le fixe alors en cette place avec des fils nombreux et fins, de telle façon que l'affrontement des bords du lambeau se fasse bien précisément avec les lèvres de la brèche. La plaie jugalé à l'emplacement du lambeau est fermée avec le même soin par des points de suture. La planche II (n° 2) représente le lambeau mis en place.

Les fils sont enlevés 6 ou 7 jours après l'opération.

Pour réparer une paupière, il ne suffit pas de placer un lambeau largement pédiculé, bien vivant et volumineux ; la peau des paupières doit être souple



N° 1. — Ectropion cicatriciel de la paupière inférieure. Réfection de la paupière à l'aide d'un lambeau pédiculé jugal. Le lendemain de l'opération, les fils sont en place.

FIG. 1

N° 2. — Ectropion cicatriciel de la paupière inférieure. Réfection à l'aide d'un lambeau pédiculé jugal, deux jours après l'enlèvement des fils



FIG. 2

A ce moment, entre le sourcil et le bord palpébral supérieur abaissé, il y a une vaste brèche cruentée, formée par les tissus sous-cutanés de la paupière, ou du moins ce qu'il en reste. C'est cette vaste brèche qu'il va falloir combler dans un second temps, avec de la peau prise dans le voisinage.

Mais avant de procéder à ce second temps, il est préférable de pratiquer la suture des paupières ou blépharoraphie.

PLANCHE III

Les paupières supérieure et inférieure avivées sur les surfaces cicatricielles de la paupière inférieure. Résection de la paupière à l'aide d'un lambeau pédiculé. Le lambeau de la paupière est placé en place. Les paupières sont adhérentes.

Les paupières avivées sur les surfaces cicatricielles de la paupière inférieure. Résection de la paupière à l'aide d'un lambeau pédiculé. Le lambeau de la paupière est placé en place. Les paupières sont adhérentes.

bord palpébral.

Dans le second temps, on prélève le lambeau et on le place dans la brèche palpébrale, on le couche dans le lit cruenté qu'on lui a préparé. On le fixe alors en cette place avec des fils nombreux et fins, de telle façon que l'affrontement des bords du lambeau se fasse bien précisément avec les lèvres de la brèche. La plaie jugale à l'emplacement du lambeau est fermée avec le même soin par des points de suture. La planche II (n° 2) représente le lambeau mis en place.

Les fils sont enlevés 6 ou 7 jours après l'opération.

Pour réparer une paupière, il ne suffit pas de placer un lambeau largement pédiculé, bien vivant et volumineux ; la peau des paupières doit être souple



FIG. 1



FIG. 2

et permettre les mouvements d'ouverture et de fermeture de la fente palpébrale.

A cet effet, au bout de 15 jours ou un mois, on reprend le lambeau et on le travaille de manière à lui donner la minceur et la souplesse voulues. Une incision est faite suivant une des sutures, la supérieure dans le cas actuel, et le lambeau est rabattu. Travaillant sur sa face profonde, on enlève les couches profondes de tissu graisseux ; et quand la lame cutanée paraît assez mince, on la remet en place. C'est ce qu'on voit dans la planche II (n° 3) prise 15 jours après la retouche.

Si, pour éviter cette retouche, on voulait placer d'emblée un lambeau assez mince, on serait exposé au sphacèle complet du lambeau. Quand un lambeau n'a que son pédicule pour vivre, il doit être épais et bien vascularisé. Au contraire, quand il a pris des adhérences et des communications nutritives larges et nombreuses, on peut, avec facilité, et sans crainte de sphacèle, le détacher en partie de son lit.

Paupière inférieure.

Le lambeau pédiculé peut être pris à la tempe ou à la joue. Il vaut mieux le prendre à la joue. On procède d'ailleurs de la même manière que précédemment et avec la même technique.

Dans un premier temps, mise en place du bord palpébral déplacé ; dans un second temps, prélèvement d'un lambeau pédiculé pour combler la brèche palpébrale.

Dans la planche III (n° 1) on voit le lambeau pédiculé jugal mis en place le lendemain de l'opération. La planche III (n° 2) montre le même, deux jours après l'enlèvement des fils.

Cette fois, le lambeau jugal a été pris épais et conservé dans son épaisseur. Aucune retouche n'a été nécessaire.

Il s'agit, en effet, d'un cas tout différent et d'une technique particulière. On a évité de placer le lambeau à l'emplacement même de la paupière. Les tissus avoisinant le bord palpébral, tissus souples et mobiles, ont été conservés ; le lambeau a été couché au-dessous ; le tissu souple de la paupière a été remonté en même temps que le bord palpébral, et le lambeau épais, solide, placé plus bas, formant là un soutien ferme pour les tissus palpébraux remontés.

Conclusions

Il existe un phlegmon palpébral dû au streptocoque, et susceptible de produire un sphacèle plus ou moins étendu de la paupière.

Dans certains cas, la destruction de la peau palpébrale est très considérable, presque complète, nécessitant une réfection chirurgicale par autoplastie.

Une incision rapide du phlegmon doit être faite pour éviter, autant que possible, la production ou l'extension du sphacèle cutané.

Il convient d'appliquer en même temps les médications par sérums et vaccins.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- ENCYCLOPÉDIE FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE. — A. Ter-
son : Maladies des paupières (T. V, p. 22 et
suiv.).
- ENCYCL. FR. D'OPHT. — ROLLET (de Lyon) : Affections
traumatiques et inflammatoires de l'orbite (T.
VIII, p. 369 et suiv.).
- POULARD. — Traité d'ophtalmologie (Tome I, p. 504).
- TERRIEN et CASTERAN. — Ulc. staphyl. sym. des paup.
inf. (Soc. d'Opht. de Paris, juin 1926).
- STEFFENS. — Un cas de gangrène de la paupière avec ba-
cilles diphtériques (Rev. gén. d'Opht., Tome
XX, 1901, p. 276).
- CASTRESANA, BALDOMERO et GOICOECHEA. — Erysipèle
gangréneux des paupières. (Rev. gén. d'Opht.,
Tome XXIII, p. 321).
- ACHALME. — L'érysipèle (Th. de Paris, 1893).
- PES. — Sur le phlegmon gangréneux des paupières
(Rev. Gén. d'Opht., Tome XXV, 1906, p. 515,
et Arch. d'Opht., Tome XXVII, 1907, p. 185).
- MORAX. — Nécrose et gangrène des paupières (Bulletin
de la Soc. d'Opht. de Paris, Tome XV, 1902, p.
15 et Annales d'Oculistique, janv. 1902).
- ROGER et WEIL. — La gangrène bénigne des paupières.
Presse Médicale, sept. 1901, p. 157.

- DE SPEVILLE. — De l'œdème aigu inflamm. essentiel de la paupière supérieure (Arch. d'opht., Tome XXI, 1901, p. 741).
- L. FERRON. — Th. de Paris, 1902, dans les Arch. d'Opht., T. XXII, 1902, p. 547).
- BRUNETIÈRE. — Communication aux Arch. d'Opht., T. XXXII, 1912, p. 384).
- GALLENCA. — Abscess phlegm. aigus pendant la saison estivale de 1904 (Arch. d'Opht., Tome XXV, 1905, p. 188).
- BRATONJITCH (IVAN). — La gangrène diabétique des paupières (Th. de Lyon, 1924).
- EPPENSTEIN (Marburg). — Quelques observations de nécrose palpébrale (La Clinique Opht., 1916, T. VII, p. 61).
- RÖMER. — Ueber Lidgangrän (Halle, 1899).
-

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
